



FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS ESPAÑOLES TÍTULOS DE MÁSTER OFICIAL UNIVERSITARIO

D/D^a, _____
Natural de _____, provincia de _____
de Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento _____
D.N.I. / Pasaporte _____ Domicilio a efectos de Notificaciones,

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Tfno: _____ Fax _____, e-mail: _____

EXPONE:

Que ha cursado estudios de Postgrado Universitario o Doctorado en la Escuela / Facultad _____

(indicar si son estudios totales o parciales) _____
Denominación del Título _____
de la Universidad de _____

SOLICITA:

Que de acuerdo con la normativa vigente, solicita el Reconocimiento de las asignaturas correspondientes al Plan de Estudios del Máster Oficial _____
_____ Itinerario _____

ASIGN. SUPERADAS EN SU TITULACIÓN DE ORIGEN

ASIGN. A RECONOCER EN NUESTRO CENTRO

Nº 1 _____	_____
Nº 2 _____	_____
Nº 3 _____	_____
Nº 4 _____	_____
Nº 5 _____	_____



FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

**ASIGN. SUPERADAS
EN SU TITULACIÓN DE ORIGEN**

**ASIGN. A RECONOCER
EN NUESTRO CENTRO**

Nº 6 _____	_____
Nº 7 _____	_____
Nº 8 _____	_____
Nº 9 _____	_____
Nº 10 _____	_____
Nº 11 _____	_____
Nº 12 _____	_____
Nº 13 _____	_____
Nº 14 _____	_____
Nº 15 _____	_____
Nº 16 _____	_____
Nº 17 _____	_____
Nº 18 _____	_____
Nº 19 _____	_____
Nº 20 _____	_____

LAS SOLICITUDES DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS BASADAS EN ESTUDIOS SUPERADOS EN TÍTULOS OFICIALES DE MÁSTER UNIVERSITARIO (TANTO LOS REGULADOS POR EL R.D. 56/2005, COMO POR EL R.D. 1939/2007) O PERIODO DE FORMACIÓN ESPECÍFICO DEL DOCTORADO, SE RESOLVERÁN TENIENDO EN CUENTA LA ADECUACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN LAS MATERIAS SUPERADAS Y LOS PREVISTOS EN EL PLAN DE ESTUDIOS DEL TÍTULO DE DESTINO. EN NINGÚN CASO SE REFERIRÁN A MATERIAS O ASIGNATURAS PREVIAMENTE RECONOCIDAS, CONVALIDADAS O ADAPTADAS, SEGÚN ACUERDO 4.3/DG 22-11-11, POR EL QUE SE APRUEBA LA NORMATIVA REGULADORA DE RECONOCIMIENTO Y TRANSFERENCIA DE CRÉDITOS EN SUS ARTS. 5.1 Y 18.3.



FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

DEBEN DE APORTAR CERTIFICADO DE NOTAS (ORIGINAL Y COPIA) Y LOS PROGRAMAS DE LAS ASIGNATURAS CURSADAS Y APROBADAS (ORIGINALES FIRMADOS Y SELLADOS) DEL CENTRO DE ORIGEN.

JUNTO CON LA SOLICITUD DEBERÁ PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA DE LAS EXENCIONES DE PAGO QUE DISPONGA COMO FAMILIA NUMEROSA O DISCAPACITADOS.

PODRÁN RECOGER LOS PROGRAMAS DE ASIGNATURAS UNA VEZ FINALIZADO EL PROCESO DE RECONOCIMIENTO, EN UN PLAZO NO INFERIOR A 6 MESES DESDE LA ENTREGA DE LA SOLICITUD EN LA SECRETARIA, DE LO CONTRARIO SE ENTENDERÁ POR DESESTIMADA SU RECOGIDA Y SE PROCEDERÁ A SU DESTRUCCIÓN.

_____ a _____ de _____ de _____

FIRMADO,

Nombre y Apellidos _____

ILMO. SR. DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA.